

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DECLARATION DE MALADIE

N° W21-801179

*** Maladie** ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **175667**

Matricule : **01392** Société : **R. A. M.**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **BAGASSE Mhamed**

Date de naissance : **25-11-52**

Adresse : **Marrakuh, Res. d. Terra No 15, Gueliz**

Tél. : **0600770653** Total des frais engagés : **440,00** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **1**

Nom et prénom du malade : **BIHMOUTEN Hafida** Age : **60 Ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Dermatose**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Rabat** Le : **20/7/23**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

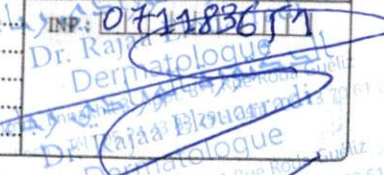
Déclaration de maladie N° W21-801179

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/07/23	C.S	1	300	
03/08/23	C.T	1	G.T	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/2023	€ 140,00 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

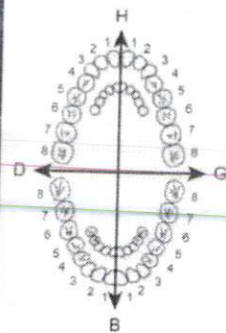
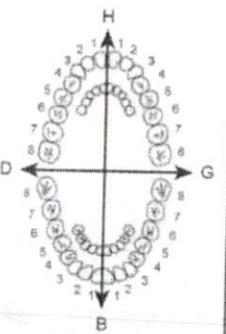
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Mme BAGASSE HAFIDA

03/023

ORDONNANCE

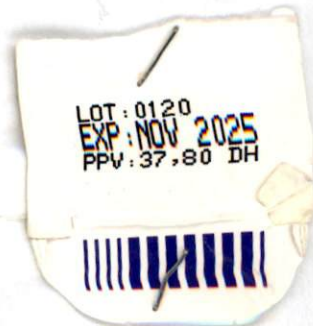
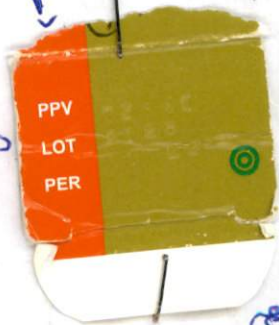
- 37,80 1 - EFFICORTE LIPOPHILE CREME
2 APPLICATIONS/JOUR PENDANT 10 JOURS PUIS LE SOIR
PENDANT 10 JOURS PUIS 1 SOIR/2
- 28,80 2 - VITANEVRYL FORT
CP 3 FOIS/JOUR - 1 MOIS
- 73,40 3 - ERLUS CP
1 CP/JOUR - 1 MOIS le soir
- 4 - ATODERM HUILE DE DOUCHE
AVEC RINÇAGE
- 5 - FLOXIA LAIT HYDRATANT ECLAIRCISSANT
1 APP/JOUR CORPS

Pharmacie de Marrakech
de Marrakech
Tél / Fax : (+212) 05 24 43 83 29
e-mail : dh.delaeroportu@maroc.ma

1 mois

الدكتورة الورداء رجا
Dr. Rajaa Elouarradi
Dermatologue
Imm. Ennakhl 3, Appt. B-1 Rue Roda Gueliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 83 29 - Gsm : 06 13 70 61 09

73,40



Dr. Rajaa Elouarradi

الدكتورة الوردية رجا

- Maladies de la Peau, cheveux et ongles
- Maladies vénériennes
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Médecine Esthétique
- Dermatologie pédiatrique
- Traitement laser

- اختصاصية في أمراض الجلد الشعر و الأظافر
- الأمراض التناسلية
- حساسية الجلد
- جراحة الجلد
- طب التجميل
- طب الجلد عند الأطفال
- العلاج بالليزر

Mme BAGASSE HAFIDA

03/07/2023

FACTURE

#	Élément	Montant
1	Consultation	300 MAD
Total		300 MAD

الدكتورة الوردية رجا
Dr. Rajaa Elouarradi
Dermatologue
Imm. Ennakhil 3, Appt. B-1 Rue Roda Guéliz
06 13 70 61 09 - 05 24 43 83 29